

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	4772300044		
法人名	社会福祉法人 幸仁会		
事業所名	さわやかホーム比謝川の里		
所在地	沖縄県中頭郡嘉手納町字水釜336-2		
自己評価作成日	平成23年9月20日	評価結果市町村受理日	平成23年12月8日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=4772300044&SCD=320&PCD=47
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 介護と福祉の調査機関おきなわ		
所在地	沖縄県那覇市西2丁目4番3号 クレト西205		
訪問調査日	平成23年10月13日		

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

家庭的な生活の中でやりがいを見出す支援と余暇活動の充実

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

当事業所は、「家庭的ですらぎのあるお年寄り中心の暮らし」の理念に基づき認知症ケアの実践に取り組まれている。介護の基本である食事については、ホーム内の台所で利用者にも下準備を手伝ってもらっている。また本団法人の給食委員会を活用しながら家庭的な雰囲気の中で栄養バランスのよい食事を提供している。排泄に関してもオムツ使用者がおらず、排泄のパターンを把握しながら薬に頼らないケアに取り組まれている。入浴の曜日は設定しているが、利用者本人の希望があれば個別に対応している。管理者をはじめ職員の思いは熱く、「利用者をおどろかせない」、「利用者をあせらない」、をモットーに利用者のプライドを守りながら利用者に寄り添っている。今後は法人全体のバックアップ体制のもと、地域住民の協力を得ながらこれまでの認知症ケアの取り組みの実践を地元地域へ還元されるよう期待したい。
--

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印
56 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○ 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない	63 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○ 1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○ 1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○ 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○ 1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
59 利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66 職員は、活き活きと働いている (参考項目:11,12)	○ 1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62 利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (参考項目:28)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない		

自己評価および外部評価結果

確定日：平成23年11月28日

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
I. 理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	3月に新年度に向けて運営理念の見直しをした。重度化に伴い、「役割を持った生活」から「余暇活動の充実」へと理念を一部、修正した。(日)～(土)曜日毎の活動を決めて取り組みに努めている。	平成15年当初から事業所独自で理念を作り毎年見直しを行っている。職員間の読み合わせなどはしていないが、職員全員で見直しを行い共有している。3月に見直した「余暇活動の充実」は職員から提案され、利用者の重度化による自立支援の目的から決定している。管理者は暗記が目的ではなく、職員に浸透させ意識していくことが大切だと感じている。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	朝・夕の散歩で、ご近所の方と挨拶を交わし交流をしている。日常的ではないが、1月のムーチャーの時等、手作りし、お世話になっているご近所に配布した。又、自治会長からエイサー道ジュネーの案内がある等、地域支援もある。	事業所周辺200～300mを利用者と一緒に散歩したり、週5回の買い物時には近くのスーパーへ出かけ店員とあいさつを交わしている。地元自治会が会員制を設けているため利用者が行事などへ参加することが難しい。ホームにリフト車両がないため地域の行事等に利用者全員が参加できない状況である。	当事業所の理念に掲げられている「地域との交流を深めながら日常生活の継続」を実践していくためにも、今後は自治会への加入を含めて地域行事へ積極的に参加し地域との交流を深めていくことを期待したい。
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	地元の学生の職場実習を受け入れたり、介護教室での一般人の施設見学の際にグループホームの役割のあり方を説明している。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	運営推進会議は規定のメンバーが参加し、年6回以上の予定で行われている。2箇所の自治会長にも参加して頂き、地域の行事等、情報提供して頂いている。回を重ねる毎にホームへの理解と協力が得られ、管理者と職員はメンバーからの意見・要望を共有しサービスの質の向上に努めている。	偶数月の午後2時～3時まで2か月に1回実施し議事録も丁寧に記録されている。家族代表者へは1年間会議への参加を依頼している。以前の運営推進会議にて家族から身だしなみについて問う質問があり、出張理容サービス開始につなげることができた事例もある。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	外部評価の結果も報告している。福祉課の職員に運営推進会議にも参加して頂き、ホームの近況報告、又、相談等をしている。町役場からの空き状況等、問い合わせに情報を提供したり、また窓口質問や相談に行き助言を得る等、連携を深めている。	現在市町村に対して次期介護保険事業計画における指定認知症対応型通所介護の開始を検討してもらっている。支援困難事例などは本体法人へ相談している。市役所や包括支援センターとは、生活保護受給者の書類記入方法や利用者の受入れ状況などの情報交換を行っている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	玄関は施錠せず見守りを徹底している。外出される気配を察知したら、さりげなく声をかけ一緒に出かける等、支援を行っている。家族や訪問者が気軽に来所出来る様にしている。やむを得ず身体拘束をする場合は家族の了解を得るサインをいただいている。	事業所独自の勉強会はないが、本体法人の研修会へ参加し資料などを回覧している。家族の意向により同意を得た上で身体拘束(夜間ベットの四点柵)を行っている。日中は玄関の鍵をかけず、外に出たいという意向が見られるときは職員も一緒に出かけ本人が落ち着いた頃を見計らって事業所内に戻っている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	職員間においても、虐待を見過ごさない様に、お互いを意識し、少しでも、おかしいと感じたら、報告しあう。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	権利擁護については、まだ話し合い、勉強会もできていない状況ですが、資料をいつでも閲覧できるように準備してある。相談の窓口にしっかり答えられる様にしたい。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約をする時に契約分を十分に理解できる様に、説明し理解を得ている。質問にも適切に答える様に対応している。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	家族には、訪問の折に利用者の近況を報告したり、その利用者に関して、この様にケアしていきたいが、それで良いか？確認したりと相談しながら事にあたっている。家族からの意見は早めに状況分析し、改善に向けて話し合いを行っている。	日常生活場面において利用者本人の意見や要望の意向を把握している。サービス担当者会議以外に家族から意見や相談がある場合には口頭にて確認している。面会の機会が少なく意見を十分に聞き取ることができない家族もみられる。月に1回広域連合の介護相談員受け入れはあるが、その他の外部者へ意見を表せる機会は見られない。	利用者の重度化に伴い、これからも家族による通院介助等の協力を得ながら利用者の生活を継続していく必要がある。そのために家族同志の交流だけでなく、事業所をサポートする役割としての家族会の結成が望まれる。
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	月一回の全体運営委員会があり、職員が困っている事や、提案を報告し運営改善に反映させている。又、毎月、定例会として管理者、職員がそれぞれの意見や要望を率直に言える雰囲気は保たれていると思います。職員の意見や要望は起案書の「伺い書」で検討され改善に向け取り組みがする。	朝の申し送りや毎月の職員ミーティングにおいて利用者に関する意見や物品・備品購入の希望が出されている。事業所内で解決することが難しい案件については、法人内の管理者同志が参加する月一回の全体運営委員会に提案している。職員の異動については、事前に法人全体で発行している「たより」に掲載して家族等に知らせている。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	職員個々の勤務状況や力量等を評価し、時には意見を聞き、必要があればアドバイス等する様にしている。職場内で問題があれば話し合い、改善する様、努めている。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	本体施設の計画する研修、勉強会に積極的に参加している。又、グループホーム連絡会に加入しており研修の機会を確保している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	沖縄県グループホーム連絡会にて同業者との情報交換や困ったことはお互い相談したりしている。グループホーム連絡会は多くの施設の交流の場でもある。		
Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	入居者のアセスメントをしっかりと取り、本人の生活状況を把握し、主のペースに合わせた生活で接する様にしている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	家族の困っている事や要望を職員全員で受け止め、共有するケアを行っている。また家族に状態の変化等は、その都度、報告する様にしている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	相談内容と本人の意向、身体状況を把握し、現在どんな支援が必要かを見極め、他のサービス情報も提供している。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	一人ひとりの人格を尊重しホーム生活を通して、お互いの得意分野を活かした役割分担を行い、共に協力して支えあう関係作りをしている。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	入居者本人が抱えている問題や不安を職員だけでなく、家族と共に協力して考える様に支援している。		
20	(8)	○馴染みの人や場所との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	入居者本人が慣れ親しんだ人の話や場所の話題が、途切れることがない様にコミュニケーションを図っている。時にはふる里訪問も行っている。昔から馴染みの美容室や理容館に行き友人・知人との交流も図られている。	知人や友人がホームを訪問された時に利用者の特技(三味線やカラオケなど)等の情報が提供されることがある。家族の協力(送迎や付添等)により月に1~2回自宅へ戻り(外泊なし)昔からの友人や知人と交流している。6か月に1回のペースでふる里訪問を実施しているが、今後は3~4か月に1~2回程度の実施を検討している。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	入居者同士うまく馴染めない方には、職員が補助役になって関係づくりを支援している。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	長期入院になり退所になった利用者家族が遠方に居るので、面会や洗濯物、物品補充等の支援をしている。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	日常生活での本人の希望、家族の意向を聞き、家族も含めたその人らしい生活を前提とし、検討している。利用者の生活歴の把握に努め、ホーム活動・生活全般がその利用者にとって生き甲斐につながる様な支援を心掛けている。	思いや意向を確認することが難しい利用者に対しては、昔の呼び名でゆっくり会話をしている。職員は本人が示す素振りや表情の変化を見て嫌がっているかどうかを判断している。帰宅願望のある利用者に対しては、人が見えなくなると不穏になるため職員や他の利用者が側にいるようにしている。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	入居相談時に本人・家族から生活歴や趣味・嗜好・生活の情報を聞き取り、担当したケアマネや主治医からの診療情報も提供してもらう様にしている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	個々の性格や好みに出来るだけ添う様にホーム活動を支援している。塗り絵・パズル・音楽鑑賞・テレビ観賞		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	本人・家族・職員等の情報と主治医、他医師からの診療情報を参考にチームで話し合い、利用者の現状に即した介護計画を作成し月1回のモニタリング、3ヶ月毎のとのケアカンファレンス(専門職による会議)を行い見直しを行っている。緊急の対応事例は少ないが変化があれば見直しを行う様に取り組んでいる。	6ヶ月から1年間隔で介護計画の見直しを行っている。管理者が介護計画の原案を作成し職員にその内容を確認してもらっている。家族の仕事の都合によりサービス担当者会議の参加が難しく、会議が開催できない場合がある。退院後に介護計画を見直した結果、以前のように椅子に座って自分で食事が取れるまでに変化した事例が見られる。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	毎日のケース記録に日々の様子や実践等を記載している。また利用者、個々に変化があれば、その都度、職員間で情報を共有し見直している。		

沖縄県（ さわやかホーム比謝川の里 ）

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々にも生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	本人、家族が外出や外泊の希望があれば、柔軟に対応している。知人等に会いたいとの希望や面会時間も柔軟に対応している。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	夕方の散歩等で地域の方と顔見知りになっている事から、利用者を見かけると気軽に挨拶してくれる様になっている。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	利用者、家族の希望するかかりつけ医を受診支援している。受診は基本的に家族対応だが、家族からの要望があれば職員が同行受診する。受診時は病状の他に利用者の日頃の様子等も情報提供している。又、緊急時に対応して貰えるよう近所の病院に出かけ、挨拶を交わす等して馴染みの関係作りをしている。	主治医は入所前からほぼ同じである。原則家族が通院に付き添ってもらうことになっているが、遠方の家族や緊急の場合は管理者が対応している。家族による介護タクシーでの通院が難しい場合は、本体法人よりリフト車両を借り家族と一緒に同行受診している。通院の際は情報提供書を家族に持たせている。主治医から口頭で指示を仰いでいる。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	入居者の体調変化の場合、看護師に連絡24時間オンコール体制で行っている。又、医療が必要な入居者には訪問看護(医療)の支援も行っている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	利用者や家族が安心して入院・治療できるように、お見舞いや病院関係者との情報交換や相談も行っている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化や終末期については家族も不安なことから要望等は話し合っている。事業所のできるものの限度も話す様にしている。看取りについての支援は、まだ不十分なところがある。「看取りについての指針」の同意書は作成しているが、未だ利用者家族から確認は取っていない。事業所としての限界もあるので今後の課題の一つといえる。	以前看取りが想定された利用者がみられ家族へ「看取りについての指針」を提供したことがある。その後利用者本人が元気になり、それ以降ホーム内で家族・医療機関・職員の協力体制についての話し合いは行われていない。今後看取りを希望する家族が見られた時には話し合いを持つ予定であるが、看取りに対する職員全員の総意は得られていない。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	常に資料等は目に付く所に設置して、日々の急変時に備える姿勢でいるが、実施訓練の実践は施行していない。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	火災・避難訓練は定期的に行っている。避難の際は近隣に協力支援お願いしている。地震や津波発令時の避難場所も確保している。3月11日の東日本災害時の津波警報発令時も母体である施設に利用者全員一泊、避難する事になった。	年2回昼夜における火災を想定した避難訓練を実施している。これまで地域住民に事前に避難訓練の文書等を配布しておらず今後配布する予定である。スプリンクラーは申請中で県からの回答待ちである。去った3月11日東日本災害時の津波警報発令時には、本体法人との連携で迅速に利用者を安全に避難させることができた。	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	入居者の性格や病状を把握し、プライドを傷つけないように心がけている。利用者が不穏になった場合、「寄り添う」ケアを実践する様になると落ち着く場合が多い。	職員は法人本体の勉強会を通して相手を傷つけないようなプライバシーへの配慮や利用者の誇りが損なわれないような声かけを行っている。排泄の失敗時には職員同士が連携して自室から下着を準備してすぐに下着等を交換している。落ち着かない様子が見られた時には職員が隣に座り、本人に寄り添って不安を和らげている。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	ホーム生活の中で入居者個々の能力を把握し、押し付けのないよう、喜び、悲しみ、怒り等、どんな事でも話せる様、質問内容や選択の仕方を工夫し自己決定できるようにしている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	入居者個々の居心地のいい場所を尊重し、出来るだけ自由に当たり前の生活ができる様にしている。利用者のペースに合わせて対応する様に心掛けている。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	利用者の好みでおしゃれを支援している。装飾品をつける事が楽しみの方もいる。又、入所前からの馴染みの美容室・理容館への整髪利用も支援している。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食事の準備でもやしの根取り、葉野菜のつくろい、ご飯をよそう等、又、味付け等、出来る事は利用者が手伝ったという意識をして頂いている。食事は、各利用者の能力に合わせた食事形態となっている。職員、見守りの中、職員・利用者合同の食事タイムである。	本体法人の「給食委員会」から助言をもらいながら疾患別に調理を実施している。苦手な食べ物に対しては味付けや見た目に配慮して調理している。自分でできる範囲でお茶葉入れを手伝ったり、立って下準備ができない利用者は座りながらもやしの根取りなどを手伝っている。職員はその日の食材の状況や利用者の希望を聞きながら献立を考えている。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	個々の水分量や食事量のチェックを記録している。食事の盛り付け、アチビー、ミキサー刻み食と本人の好みや能力摂取しやすい工夫もしている。		

沖縄県（ さわやかホーム比謝川の里 ）

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	朝の起床時や毎食後の口腔ケアは必ず施行している。個々の能力に合ったやり方で充分に出来ない方は最後に確認支援している。		
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	自己排泄の訴えない方は、排泄パターンを把握し誘導、また自己排泄できる方は自立支援を促し見守り介助している。失禁時には周りに気づかれない様、浴室へ誘導の声かけをし、手早くさりげなく対応している。	要介護状態の高い利用者に対しても全員がオムツをつけず、昼間はトイレやポータブルトイレに誘導して自立に向けた支援を行なっている。利用者は昼間1階のフロアーで過ごすことが多いが1階には車椅子対応のトイレがない。そのため立位姿勢をとることが難しい利用者に対しては、浴室にポータブルトイレを置き職員が2人で介助している。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	便秘予防として水分をこまめに促し、入居者の便通を促す牛乳等も対応。軽運動もその対策としている。水分の十分な摂取は下痢症状にも良い経過をみせている。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々にそった支援をしている	入居者に入浴のお誘いし、拒否の場合は無理強いせず時間を置いてタイミングを図りながら施行。又、急な入浴希望の方の訴えにも対応する様にしている。早朝5時の入浴希望者もあり、利用者が好む時間に入浴を支援している。	入浴の曜日を決めているが、本人の生活習慣、希望（早朝の入浴等）や本人の状態（皮膚疾患等）に応じて支援している。浴槽の設置はなくシャワー浴のみであるが足浴も実施している。風邪などの体調不良の場合は全身清拭で対応し、尿失敗した時にも部分清拭を行い清潔保持を行っている。必ずしも同性介護ではなく異性の職員が支援することもある。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	入居者の生活パターンを把握し、日中の活動や精神的に不安を与えないようなケアを心掛けている。疲れている様子であれば、日中でも臥床する。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	入居者個々の薬箱があり、処方箋を貼って副作用の確認等出来る様にしている。薬の変更があった場合は職員全員で観察をし看護師との連携も取っている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	個々の得意なことを把握し、パズルや塗り絵や民謡を聞いたり、又、DVDで水戸黄門や古典、沖縄芝居を楽しんでいる。最近では韓流ドラマを楽しむ利用者もいる。		

沖縄県（ さわやかホーム比謝川の里 ）

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	(月)(木)と週2回、外出日を設けている。本体である法人に用事がある時は、利用者も一緒にリハビリ兼ねて行く様にしている。週2回のドライブでは、人が多く集まるドライブインやイベント会場等、地域を回り、又、ふるさとへ皆で出かけ、地元の人々から歓迎を受けお土産も頂いたりしている。個別の散歩支援あり。	現在週2回の買い物を兼ねて利用者と一緒に出出している。車椅子対応リフト車両がなく、利用者全員で大きな行事以外で外出する機会は少ない。1時間程度の外出でも睡眠が十分取れる作用があり、歩行可能な利用者にとっては気分転換が図られている。家族や地域の方と協力を得て利用者が外に出かけていく取り組みは見られない。	
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	お金の管理が出来る方は、ご自分でおこずかいの管理をしてもらっている。その他の利用者はお預かりしているこずかいの中から、必要な物は購入したりしている。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	家族や親戚に連絡して欲しいとの希望がある時は、対応している。ご自分で子機を利用し電話できる方もおられる。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	家庭的な空間の照明で、時には日差しが共有の居間に差し込み明るい。テレビ・ラジオも利用者の希望の音量に合わせている。庭も眺める事ができ天気も確認できる。	2階建ての普通の民家を改修しているので、木彫のたたずまいが家庭的な雰囲気を感じさせる。畳間の共有空間には大きなソファが置かれ、屋下がりの時間帯には利用者がゆったりとくつろいでいる。台所と食卓とは距離が近く調理している音や匂いを感じながら、利用者と職員が共に食事の準備をしている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	居間のソファや椅子は皆が自由に座れる様になっている。一人で過ごしたり、2,3人で座るソファもあり、気のあったもの同士で過ごせる様にしている。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	ベッド・洋服タンスは施設でも設置しているが、ご自宅から持ち込んでいる方もおられる。又、宗教も制限しないで自由に居室で拝んでいる方も支援。家族のお写真も置いて気持ちを安定させている。	これまで自宅で使用された馴染みのある物が持ち込まれている(仏壇やタンス等)。元々自宅で生活していた時から物を持たない習慣の方には、本人が落ち着けるよう配慮した居室となっている。家族が折りたたみベットを持参し居室で寝泊りできるよう柔軟に対応している。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	エレベーター使用、出来る方は指導し、ご自分で行き来できている。階段はすべり止めを工夫し、制限するのではなく、出来る方は安全を確認し利用させている。		